

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	JOSE	PEDRO ENRIQUE	17	05	1961	64 años, 10 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303837023	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CALLEJON SANTA ELENA	098-179-5432 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1303837023	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cirugía Ortopédica Y Traumatología	2026	04	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

REFIERE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL REFIERE QUE TOMA MEDICACION ANTIHIPERTENSIVA LOSARTAN 50MG A VECES DE 100MG, POR DIFICULTAD DE RECURSO PARA ADQUIRIR MEDICACIÓN, TIENE ARTROSIS BILATERAL RODILLA Y REFIERE DOLOR CRONICO A ESPERADO MUCHOS AÑOS DE INTERVENION QUIRURGICA PARA COLOCACION DE PROTESIS. HA PRESENTADO CAIDAS DE SU PROPIA ALTURA.DOLOR MAS ACENTUADO EN RODILLA IZQUIERDA. REFIERE DOLOR A NIVEL DE EPIGASTRIO TIPO ARDOR, REALIZA ACTIVIDAD LABORAL DIARIA EN TRICICLO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON LIMITACION FUNCIONAL USO DE AUXILIAR D ELA MARCHA (BASTON) REQUIERE SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INESTABILIDAD CRONICA DE LA RODILLA	M235		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	09:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA

